LES EXERESES LARGES et L'AUTOPLASTIE DU SEIN

Par FELIX LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux.

MEMOIRES

LES EXÈRÈSES LARGES ET L'AUTOPLASTIE DU SEIN [1]

Par FÉLIX LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

Deux conditions suffisent à assurer à l'opération du cancer du sein la plus grande efficacité possible, c'est la précocité de l'intervention et la largeur de l'exérèse. Intervenir de bonne heure, opérer alors que la tumeur est de petit volume, sans ganglions, sans adhérences, opérer alors que la malignité ne s'est encore révélée par aucun de ces signes de certitude, qui ne sont déjà que des propagations; voilà l'idéal.

Mais aussi opérer largement, dépasser de beaucoup les limites du mal, faire une ablation excessive, voilà une seconde condition également nécessaire, pour que vos opérées restent sans récidive et jouissent pendant des années de cette indemnité prolongée, qui serait une guérison s'il ne s'agissait d'un cancer.

L'opération que je vais pratiquer ce matin ne pourra que difficilement réunir ces conditions: précoce, elle ne le sera pas, car la tumeur date de dix-huit mois: excessive, elle le sera encore moins car j'aurai beaucoup de peine à dépasser les limites des parties atteintes.

I

C'est un cancer du sein droit, un cancer malheureusement très étendu qu'elle nous présente, cette malade de quarante-huit ans, qui est entrée, il y a trois jours à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 20.

Depuis dix-huit mois, la malade avait remarqué dans son sein un noyau indolent et mobile. Elle se garda bien d'en parler. Elle n'en parla pas davantage, lorsqu'elle vit quelques mois plus tard la tumeur augmenter sensiblement de volume. Instruite mais non convaincue par l'exemple des autres, elle

(1) Extrait d'un volume de "Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu," qui paraîtra le 19 avril à Paris, chez F. Alcan.

craignait d'être opérée, et chercha dans les conseils imprudents et dans les remèdes inutiles une consolation fragile à ses légitimes inquiétudes. Ce fut inutile : la tumeur progressa, la peau devenait noire à sa surface, des glandes apparaissaient sous le bras. Ei il fallut enfin, mais un peu tard, se soumettre à cette solution dont ses efforts impuissants n'avaient pu malheureusement que retarder la fatale échéance.

Le sein droit est énorme : une grosse tumeur soulève la peau de ses bosselures irrégulières : elle est surtout développée en dehors du mamelon. Mais tout le sein est pris ; à la glande s'est substituée une masse dure, ferme dans sa plus grande partie et ramollie seulement dans ces points où la peau est le plus soulevé. Le mamelon est rétracté et fait corps avec la tumeur : la peau en dehors est de couleur sombre, violacée ; elle adhère à la tumeur ; de ce côté l'ulcération est imminente.

Mais en dedans la peau est loin d'être libre, elle est partout capitonnée, ses enfoncements s'accentuent quand on cherche à la mobiliser avec les parties profondes. Et en deux points, sur les limites de la glande ou de la tumeur, en dedans du côté du sternum, et en haut du côté de la clavicule, deux petits noyaux, du volume d'une lentille accusent dans ce tégument une induration certainement néoplasique.

Dans le fond, l'extension n'est pas moins manifeste : la tumeur fait corps avec les pectoraux, et quand on cherche à la mobiliser sur les muscles contractés, elle perd cette apparente mobilité, que laisse toujours aux plus volumineuses tumeurs le relâchement des pectoraux.

Enfin dans l'aisselle, un volumineux paquet ganglionnaire fait une grosse saillie sur la paroi interne, et comment espérer que ces propagations lymphatiques ne se soient pas étendues au creux sus-claviculaire ? De ce côté cependant, je ne sens rien heureusement : il n'y a pas de masses, il n'y a même pas de petits ganglions appréciables. Cliniquement ils sont indemnes ; je n'oserais affirmer qu'ils le sont anatomiquement.

Adhérence à la peau et aux parties profondes, rétraction

du mamelon, peau d'orange, noyaux cutanés, propagation lymphatique, tout conconde ici pour rendre le diagnostic évident et le pronostic mauvais. C'est un cancer, c'est une tumeur épithéliale, que le temps et l'inconsciente incurie d'une malade ont laissée poursuivre tranquillement le cours de son évolution envahissante.

Voyez au contraire combien était différente la tumeur que j'ai enlevée la semaine dernière à cette malade encore couchée au n° 13 *bis* de la même salle Notre-Dame.

Celle-ci est plus jeune, elle n'a que vingt-sept ans : elle n'avait jamais eu d'enfants ni de fausse couche, lorsqu'il y a trois mois le sein gauche commença à grossir. Il grossit de plus en plus et dans l'espace de quelques semaines avait doublé son volume, en même temps que sa consistance prenait une fermeté tout à fait insolite.

Lorsque la malade se présenta à nous, le sein gauche faisait sur le thorax une saillie considérable : il avait un volume double ou triple de celui du côté droit. Il est occupé tout entier par une tumeur dure, ferme, également résistante et élastique. De cette tumeur, la surface est à peu près régulière à part quelques petites bosselures. La peau qui la recouvre est soulevée, distendue, mais non envahie : elle se meut partout librement à la surface, et il n'est aucune adhérence de la tumeur et de la peau. Le mamelon n'est pas rétracté. Le sein glisse sur les parties profondes, avec lesquelles il n'a contracté aucune adhérence : enfin l'aisselle ne présente pas de ganglions, ou du moins ceux que j'y rencontre ne présentent pas un volume beaucoup plus considérable que ceux du côté op. posé.

Dans le sein droit, qui ne semble pas déformé ni malade, je trouve cependant un noyau du volume d'une noix ; il est indolent, mobile, assez mal circonscrit, sans adhérences superficielles, sans adhérences profondes.

Et après examen, je disais : *à droite, fibro-adénome,* et *à gauche, sarcôme.*

Je disais sarcôme : parce que la tumeur me paraissait absolument limitée et sans extension ; elle était comme encap-

sulée, et ce n'est point le caractère des cancers, qui comme sur la malade d'aujourd'hui se répandent, s'infiltrent à tel point qu'en les palpant on ne peut pas dire toujours où la tumeur commence et où elle finit.

Je disais sarcome: parce que la tumeur avait cette consistance à la fois ferme et élastique, qui est le propre des tumeurs conjonctives; le cancer est ou plus dur ou plus mou.

Je disais sarcome: parce que la marche était rapide; en trois mois la tumeur avait pris les proportions relativement énormes que nous lui voyions alors, et ce n'est pas là encore la marche du cancer. Celui-ci évolue plus lentement et n'avance qu'à pas comptés. Il est, je le sais, des cancers à évolution rapide, on les dit " cancers aigus," ils sont doués d'une malignité plus grande, mais un concer aigu qui aurait ce volume aurait déjà contracté des adhérences et formé des extensions dont je ne vois nulle part la trace ici.

La liberté de la peau, l'absence d'adhérences superficielles ou profondes, l'indemnité des ganglions, l'intégrité du mameton, tout cela ne s'expliquerait pas avec un cancer qui aurait atteint ces grosses dimensions; il y a donc entre nos deux tumeurs un contraste frappant et j'ai le droit d'affirmer que la seconde est un sarcome avec la même conviction qui nous oblige à dire que la première est un cancer.

Quant à la tumeur du côté droit, quelle était-elle? Quelle était sa nature? La femme était jeune, la tumeur sans propagation, sans adhérences: elle était limitée, comme encapsulée, de petit volume et sans tendance actuelle à l'accroissement. Ce sont là les caractères d'une tumeur bénigne et de nature conjonctive: c'était un de ces fibro-adénomes dont le sein nous montre souvent des exemples, et qui sont susceptibles ou de rester tels ou de se transformer en un autre tumeur.

Nées d'une inflammation atténuée, dont la mammite est le premier degré, ces tumeurs ont en effet une double orientation: suivant que l'une ou l'autre de leurs éléments l'emporte sur le tissu adjacent, vous les verrez quand elles évoluent subir des transformations du type épithélial ou du type conjonc-

tif. Ainsi vous verrez parfois un fibro-adémone se transformer en cancer, voilà l'évolution épithéliale.

D'autres fois c'est un sarcome qui se substitue à la tumeur première lorsque l'évolution conjonctive l'emporte. Et je ne serais pas étonné que le sarcome dont je vous parle ne soit un exemple de ces transformations tardives: je pense que depuis un certain temps cette malade avait dans le sein gauche une petite tumeur analogue à celle qu'elle présente aujourd'hui à droite: elle était passée inaperçue et n'attira l'attention que le jour où la transformation de sa texture vint donner à cette tumeur une nouvelle impulsion.

J'ai opéré cette malade la semaine dernière; l'opération et plus tard l'examen histologique a confirmé mes prévisions. La tumeur de gauche était un sarcome; je l'ai enlevé complètement, ne gardant de la peau que ce qui était nécessaire pour couvrir et réunir la plaie: j'ai fait par prudence le curage de l'aisselle, bien que la généralisation du sarcome ne se passe pas en général par la voie lymphatique.

Quant à la tumeur du côté droit, confiant dans mon diagnostic de tumeur bénigne, je l'ai enlevé sans supprimer la glande mammaire; je n'ai enlevé que la tumeur, et le microscope en nous montrant les lésions caractéristiques du fibro-adénome a légitimé ma conduite et nous donne de ce côté au moins grande confiance pour l'avenir.

En ce qui concerne le sarcome, je n'ai pas le droit d'être aussi tranquille: la récidive est toujours possible mais je ne puis cependant m'empêcher d'être plus confiant, plus rassuré pour cette malade que je le suis pour celle que j'ai à opérer ce matin. Ici les conditions sont beaucoup plus défavorables, les extensions multiples, et nous aurons beaucoup de peine, même par une opération très étendue, à empêcher pour plus tard une récidive presque fatale.

Je vais amputer le sein: j'enlèverai toute la peau, je dépasserai largement les limites des points infiltrés. J'enlèverai d'un seul bloc la peau, la glande et les ganglions. Il est indispensable d'éviter cette fragmentation, ce morcellement qui ou-

vre des vaisseaux au-devant du tissu cancéreux et dissémine les greffes dans une région d'où il s'agit précisément de les enlever. J'enlèverai également les muscles pectoraux ou du moins une grande partie de ces muscles, la portion sternale au moins. C'est là un facteur considérable du succès de nos opérations, et je m'en voudrais de n'y pas insister.

Il y a déjà longtemps, Messieurs, que les chirurgiens ont eu l'idée de rechercher dans l'ablation des pectoraux l'amélioration de leurs statistiques. Dès 1875 Volhckeman la recommandait: quelques années plus tard en 1889 Heidenhain (1) conseillait formellement d'enlever la partie superficielle du muscle avec son fascia même quand il n'y a pas adhérence et d'enlever la totalité du muscle, lorsque la tumeur lui adhère. Mais c'est surtout à Halsted (2) et à Willy Meyer (3) que nous devons d'avoir établi les bénéfices considérables que procure l'ablation systématique des pectoraux. Halsted n'enlevait que la partie claviculaire qu'il relevait et le petit pectoral qu'il sectionnait seulement. Meyer allait encore plus loin: il prônait l'ablation complète des deux pectoraux à laquelle Halsted s'est rallié plus tard.

Et les recherches ultérieures n'ont fait que confirmer les avantages de ces larges exérèses musculaires.

D'après Jœrss, au dire de Rotter, le muscle est une source importante de la récidive après l'amputation du sein: ils ont trouvé sur les muscles conservés des noyaux de récidive, dus à des infections lymphatiques, larvés, latents et méconnus au cours de l'opération. Et la conclusion suivante se déduit de ces faits: si les msucles sont infectés, même quand ils paraissent sains, il faut les enlever toujours et dans tous les cas.

Et d'ailleurs, Messieurs, il me sera facile de trouver dans des chiffres la consécration de cette formule. Voulez-vous savoir ce que donne au point de vue des résultats éloignées l'ablation systématique des pectoraux.

Consultez les documents si nombreux que mon collègue et

(1) Heidenham, *Arch f. Klin. Chir.*, 1899, B. XXXIX-98.

(2) Halsted. *Ann. of Surg.*, 1894, t. XX, p. 496.

(3) W. Meyer. *Mec. Rec.*, 1894, t. II, p. 476.

ami Cestau de Toulouse a dernièrement publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, et vous y trouverez des enseignements très concluants (1). La fréquence des récidives locales évaluée en moyenne par Gross à 52,5 p. 100 pour les amputations du sein suivies du curage de l'aisselle tombe à 25,9 p. 100, lorsque l'ablation des pectoraux a été ajoutée à l'évidement axillaire. Le même bénéfice se retrouve dans la proportion des guérisons constatées au-delà de trois ans; l'adjonction à l'amputation du sein du curage de l'aisselle avait élevé de 18 à 34 p. 100 la proportion des guérisons éloignées; l'ablation des pectoraux élève à 43 p. 100 le nombre de ces guérisons prolongées. Nous pouvons donc dire et retenir ceci: dans la chirurgie du cancer du sein, l'ablation systématique des pectoraux améliore les résultats éloignés autant que le curage de l'aisselle, par tous aujourd'hui pratiqué, les avait lui-même déjà modifiées. Et nous devons d'autant plus nous soumettre ici à cette nécessité d'une exérèse très étendue que la tumeur plus ancienne a plus librement étendu ses propagations.

Mais ce n'est pas tout d'enlever largement les parties malades; il faut encore fermer la large plaie qui résulte de l'ablation de la tumeur. Or ici je ne pense pas que la réunion soit possible, je serai obligé très probablement d'avoir recours à l'autoplastie. Mais qu'est-ce que l'autoplastie du sein? pour couvrir la plaie où doit-on prendre son lambeau?

II

La réunion des plaies du sein fut depuis longtemps discutée. Il vous semble peut-être qu'en le rappelant j'évoque un âge lointain; c'est une erreur, ma génération a connu ces incertitudes et ces hésitations. Mais aujourd'hui les plaidoyers de Velpeau et de Verneuil en faveur du pansement à plat ne troublent plus votre imagination et la question est jugée. Toute plaie du sein, si large qu'elle soit, doit être suturée dans la mesure du possible.

Et en agissant ainsi, vous n'avez pas à craindre d'augmen-

(1) Cestan. *L'amputation du sein cancéreux* (Gaz. des hôp., 1er juin 1901, no 62, et 8 juin 1901, no 65).

ter les chances de la récidive, mais vous aurez la certitude d'assurer à vos malades un réel bénéfice après l'opération. Si la large plaie qui résulte de l'ablation d'un cancer étendu est laissée ouverte, elle exige un long temps pour se combler, des semaines, des mois même: pendant cette période, la récidive a bien des chances de se produire, et la malade n'aura même pas eu cette illusion qui donne à une plaie réunie par première intention l'apparence de la guérison. Du cancer à la plaie suppurante, de la plaie à la récidive, il n'y a qu'une succession ininterrompue de misères légères ou graves; et on peut exiger et obtenir beaucoup mieux par une réunion immédiate.

La meilleure réunion, la plus simple, la plus facile est celle qui consiste à rapprocher l'un de l'autre les deux bords de la plaie et à les suturer exactement. En tirant un peu, en tirant même beaucoup, on ferme ainsi des plaies très étendues: la traction n'est excessive qu'au début, le premier jour tout au plus. Dès le lendemain, les tissus semblent s'habituer à cette extension insolite, le sphacèle fait défaut, la réunion s'effectue convenablement.

Mais il est des plaies si larges que le rapprochement des bords n'est plus possible: c'est alors qu'il faut s'ingénier à trouver un autre moyen de les combler. Nous avons pour cela les greffes et l'autoplastie.

Les *greffes* à la manière de Thiersh, les greffes avec des lanières dermo-épidermiques prises sur un autre point du corps, sur les membres inférieurs par exemple, rendent de grands services. Mais elles ont ici un inconvénient en quelque sorte local: elles n'ajoutent pas autre chose à la plaie qu'une surface épidermique, elles ne la recouvrent pas d'un tégument épais et résistant, la cicatrice reste fragile, peu solide, et ce reproche me paraît très sérieux. Je préfère l'*autoplastie*.

Celle-ci est représentée par plusieurs procédés. Ainsi Tansini dissèque sur les téguments du dos un lambeau suffisant pour combler la perte de substance, un lambeau dont le pédicule correspond à l'angle de l'incision axillaire; il le suture

au pourtour de la plaie mammaire et réunit ensuite la plaie dorsale dont il mobilise les lèvres par deux incisions linéaires pratiquées en haut et en bas.

Roux (de Lausanne) a plutôt recours à deux incisions obliques pratiquées sur les lèvres de la plaie, l'une, supérieure courant vers la clavicule, l'autre inférieure, vers le rebord costal: elles lui permettent de mobiliser la peau et d'amener les lèvres au contact.

Quénu et Robineau procèdent à peu près de la même façon. Si la plaie est étroite, ils se contentent, comme Roux, d'une incision oblique en bas et en dehors qui libère la lèvre inférieure. Si la peau est plus vaste, ils prennent comme Tansini sur l'hypochondre un lambeau quadrilatère à base postérieure, à direction parallèle à la perte de substance; ile l'attirent en haut et le suturent aux bords de la plaie mammaire. La surface cruentée résultant de la transplantation du lambeau, est comblée à son tour soit par suture simple des bords, soit par une deuxième autoplastie pareille, dont le lambeau est pris alors sur la paroi abdominale et parfois jusqu'au niveau de la fosse iliaque.

J'ai eu recours moi-même à un procédé différent et qui consiste à utiliser le sein du côté opposé. En avril 1897, j'avais à fermer une énorme plaie thoracique provenant de l'ablation d'une récidive cancéreuse: en cherchant un lambeau de peau pour recouvrir cette large surface cruentée, je me demandai pourquoi l'on n'utiliserait pas la peau voisine du sein opposé, peau intacte, toujours exubérante, et inutile, et j'imaginai le procédé que j'ai communiqué au Congrès de chirurgie en 1898. (1)

Bien que la paternité de ce procédé m'appartienne, il est juste de reconnaître que déjà quelques opérateurs avaient eu l'idée d'utiliser la peau du sein pour recouvrir une plaie du voisinage.

C'est ce que faisait Verneuil en 1858: il avait à traiter pour la quatrième fois une récidive de cancer du sein. Il opé-

(1) Legueu. *De l'autoplastie par glissement du sein* (Douzième congrès français de chirurgie, Paris, 1898, p. 225).

ra largement,dénuda les côtes, dédoubla les muscles intercostaux " et pour trouver un lambeau suffisant, il eut l'idée d'utiliser le tégument de la mamelle saine, qui était très volumineuse et très mobile." Il tailla sur ce sein un lambeau en forme de spatule, à pédicule large et supérieur, qui fut facilement amené sur la brèche par un simple mouvement d'inflexion latérale et fixé par quelques points de suture. La réunion se fit très exactement, et Verneuil qualifiait le résultat de merveilleux. La plaie d'emprunt elle-même, pansée à plat, était cicatrisée au bout d'un mois. Malheureusement la récidive se produisit bientôt sur le lambeau, et la malade ne tarda pas à mourir.

Ici la peau avait été seule utilisée, et encore sur cette peau un seul lambeau avait été pris.

Une seconde tentative dans ce sens fut faite par mon collègue P. Delbet, et communiquée à l'Académie de médecine le 7 février 1897. Delbet avait à combler une plaie dorsale consécutive à une brûlure considérable: la plaie était énorme et mesurait 40 centimètres de hauteur sur 36 de largeur.

Il se servit de la peau du sein, qu'il décolla de chaque côté du thorax et fit glisser en arrière, jusque sur le dos. Pour avoir plus de surface cutanée, il supprima la glande, ne conserva que la peau, qui de chaque côté formait ainsi un grand volet à charnière sternale et s'adaptait exactement aux parois antérieure, latérale et postérieure du thorax.

La longueur des lambeaux n'était pas suffisante cependant pour que leur réunion fut possible, en arrière, sur la ligne médiane. Il resta à ce niveau une partie non recouverte, pour laquelle une nouvelle autoplastie dut être pratiquée. La malade guérit complètement, et ce fait constitue la première application autoplastique de la peau du sein.

Malgré certaines analogies le procédé que j'ai imaginé est assez différent. Je prends la glande mammaire toute entière avec la peau qui la recouvre et après l'avoir décollée du thorax, je la ramène sur la plaie, je fais *une autoplastie par mobilisation et transplantation du sein.*

Pour cela, je pratique dans un premier temps deux incisions

horizontales et parallèles partant de la plaie primitive : l'une est supérieure et se porte en dehors, parallèlement à la clavicule puisque sur le bord externe du sein, qu'elle dépasse, l'autre est inférieure, elle a les mêmes dimensions.

Dans un second temps, je mobilise le grand lambeau circonscrit et délimité par ces incisions : je le décolle du doigt et du ciseau de la paroi thoracique, en cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous du sein, en avant de la couche aponévrotique. Et j'obtiens ainsi un grand lambeau carré, un volet qui comprend tout le sein : il est mobile et libre sur trois ou quatre côtés, le quatrième se continue avec la peau de l'aisselle.

Ce lambeau est souple, élastique. Cependant la traction ne lui donnerait pas toujours des dimensions assez étendues pour recouvrir complètement la plaie thoracique, si je n'ajoutais un complément que je juge nécessaire. Pour permettre l'étalement du sein lui-même, je pratique sur sa périphérie deux incisions verticales et opposées. L'une part du bord supérieur du lambeau et se dirige vers le mamelon dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. En bas, une autre incision semblable part du bord inférieur du lambeau sur une étendue à peu près égale. Ces deux incisions étendent beaucoup le diamètre transversal du lambeau : en tirant sur lui on voit ces incisions s'étaler, s'élargir en même temps que le sein lui-même s'efface et s'aplatit ; et en somme l'incision libératrice donne en plus au lambeau à peu près autant de largeur qu'elle a elle-même de hauteur. La longueur de ces incisions libératrices sera donc d'autant plus grande que la plaie à recouvrir est plus large et aussi que le sein est plus volumineux et qu'il y a plus d'étoffe à utiliser à sa surface.

C'est donc la peau du sein plus que la peau du thorax qui sert à l'autoplastie : là est l'idée originale du procédé, qui met à profit la ressource que lui procure la peau flasque et inutile du sein lui-même.

Dans un quatrième temps, je pratique la suture : d'abord aux angles du lambeau pour l'étirer, pour l'étaler exactement à la surface de la plaie ; puis sur les quatre côtés ; je puis

ainsi recouvrir complètement des plaies cancéreuses, et sans que la réunion ait été entravée ailleurs qu'aux angles et surtout à l'angle supérieur du lambeau. Le nombre des sutures à placer est assez considérable pour que l'affrontement soit bien exactement assuré.

III

Vous vous demandez sans doute, Messieurs, comment un si large lambeau peut vivre et se nourrir après un décollement si étendu.

Il se fait, une grande partie des artères nourricières du sein sont supprimées : dans cette région, ou les vaisseaux affluent de toutes parts il y a d'abord les collatérales antérieures de la mammaire interne, qui perforent le grand pectoral ; elles sont supprimées. Il y a ensuite l'artère acromio-thoracique, qui se porte entre le grand et le petit pectoral, revient en traversant le grand pectoral se répandre dans la région mammaire ; elle aussi est supprimée.

Il ne reste plus que la thoracique inférieure ou mammaire externe, qui descend de l'axillaire le long de la paroi thoracique et en s'anastomosant avec les rameaux antérieurs des artères intercostales donne des branches aux ganglions axillaires, au muscle sous-scapulaire, au grand dentelé, aux pectoraux, aux intercostaux, à la glande mammaire et à la peau de la région antéro-latérale du thorax. Celle-ci est conservée le plus souvent ; le décollement va jusqu'à son niveau sans la dépasser. Et c'est elle qui doit assurer la vitalité du lambeau. Si la thoracique inférieure était supprimée, la vascularisation ne pourrait plus se faire que par la scapulaire inférieure, qui, trop éloignée serait insuffisante à la tâche qu'on lui demande. Mais je crois qu'on peut conserver la thoracique inférieure et avoir par cette artère une irrigation suffisante.

D'ailleurs les résultats sont là pour montrer ce qu'on obtient de cette autoplastie : dans les cas que j'ai vus, il n'y eut jamais de sphacèle si ce n'est au niveau de l'angle supérieur du lambeau. Est-ce seulement par sa propre vascularisation que ce lambeau se nourrit ? N'y a-t-il pas aussi intervention d'une

vascularisation d'emprunt comme il arrive très vite d'ordinaire pour les lambeaux transplantés? J'ai de bonnes raisons de penser qu'il en est ainsi: mais quelque soit le mode adopté, l'irrigation ne fait pas défaut et la contrition du lambeau se fait dans des conditions très favorables.

Il est un point que je n'ai pas encore vérifié; c'est celui qui a trait à la sensibilité du lambeau. Est-elle supprimée? est-elle seulement atténuée? je ne le sais. Toutefois, les nerfs qui se rendent à la mamelle sont eux aussi pour la pluspart supprimés, telles les branches du plexus cervical superficiel qui croisent la clavicule, tels les cercles perforant des intercostaux, il ne reste que les perforants latéraux: ceux-ci ont un point d'analgésie si latéral, que leur intégrité est conservée, et c'est à eux qu'il appartient d'assurer l'innervation du lambeau.

Toutes les craintes que vous pourriez avoir à ce sujet sont donc sans fondement.

J'ai eu plusieurs fois, d'ailleurs, recours à ce procédé d'autoplastie, et j'en ai toujours eu de bons résultats immédiats.

Presque toujours, il est vrai, les malades ont récidivé assez rapidement: mais la récidive n'a rien à voir avec le procédé. Il s'agissait presque toujours d'opérations itératives faites pour récidives de cancers, les cas étaient mauvais pour l'avenir, et en cherchant un nouveau moyen d'autoplastie, je me proposais seulement de recouvrir complètement une large plaie et d'assurer son oblitération immédiate, à ce point de vue j'ai pleinement réussi.

Ce procédé d'ailleurs a été utilisé par plusieurs chirurgiens en France et à l'étranger, quelques-uns même y ont apporté d'heureuses modifications.

Un des premiers, Grœve, d'Upsal, y avait recours presque en même temps que moi: sa communication est reproduite dans le *Centralblatt* du 8 octobre 1898: je faisais la mienne au Congrès de chirurgie la même année (séance du 19 octobre), mais mon opération avait eu lieu dix-huit mois avant en avril 1897; et Grœve ne connaissait pas plus mon opération que je ne pouvais savoir la sienne. Grœve utilise comme moi la mamelle saine quand il recouvre la plaie opératoire et le

résultat de cette autoplastie fut, dit-il, très satisfaisant. Assaky, Francke, Morestin, Chavannaz, l'ont utilisé à nouveau et dans des conditions également très heureuses (1).

Morestin avait à combler une très large surface cruentée provenant de l'ablation d'un cancer récidivé du sein droit. Il mobilisa le sein gauche suivant mon procédé et obtint la réunion par première intention sauf au niveau d'un des angles, le supérieur, qui se sphacèla. Mais plus tard la récidive se fit dans le sein transplanté: et Morestin se demande si pour parer à une éventualité de cette nature, il n'y aurait pas lieu de supprimer le sein avant de le déplacer et de ne conserver que la peau. Je ne pense pas que souvent la récidive doive se produire dans le sein conservé; qu'on l'examine minutieusement à l'avance, soit, il n'y a là rien que de très naturel. Mais quand la glande est saine, je crois qu'on peut la mobiliser avec la peau sans arrière pensée: la récidive presque fatale dans ces cas se fera plus profondément, sous le sein lui-même, et il y aura seulement apparence de récidive dans le sein. Je ne vois donc pas là une raison suffisante pour enlever toujours la glande.

Mais cependant je reconnais qu'il peut y avoir dans certains cas avantage à la supprimer, pour se donner du jour quand elle est très volumineuse et pour obtenir plus librement cet accolement de la peau au thorax qui donnera au lambeau la plus grande largeur possible.

Il me reste pour finir à réfuter une objection d'ordre esthétique: on reproche à cette autoplastie de déformer la région, de couturer de cicatrices la face antérieure du thorax et de créer avec la cyclopie mammaire quelque chose de hideux et d'invraisemblable. Messieurs, malgré tout le respect que j'ai pour les observations et les critiques de mes collègues, je ne saurais dire que cette objection me préoccupe beaucoup. Que par mon autoplastie la région soit déformée et disgracieuse, je ne le saurais contester; mais vraiment est-ce que cela a une grande importance? Je vous le demande.

Il s'agit de malades presque toujours âgées, l'opération s'adresse à un cancer étendu ou à une récidive, et les jours de

(1) Morestin. *Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1898, p. 425.

la malade sont comptés; c'est une affaire de quelques mois, la question de beauté devient très secondaire. Lorsque je fais la transplantation du sein, c'est une plaie énorme que j'ai à recouvrir, que je prenne mon lambeau ici ou là, ce sera toujours des cicatrices ajoutées à d'autres: le thorax sera toujours déformé, et l'esthétique sacrifiée par n'importe quel moyen.

D'ailleurs, je ne viens pas vous recommander ce procédé pour toutes les amputations du sein: je crois au contraire qu'il n'a que des indications très exceptionnelles. Dans la grande majorité des cas, vous pouvez réunir la plaie directement en tirant un peu ou beaucoup sur les bords pour les amener au contact. Mais quand vous aurez affaire à des cancers très étendus, pour lesquels une large surface cutanée doit être supprimée, quand surtout vous avez à opérer une récidive, vous ne trouverez plus assez d'élasticité à la peau voisine pour qu'elle puisse recouvrir totalement la plaie que vous avez créée. C'est alors qu'il y a avantage à prendre là, tout à côté de cette plaie, sur le sein opposé cette peau inutile et exhubérante, qui ne demande qu'à recouvrir utilement la surface cruentée adjacente. Voilà les cas dans lesquels vous aurez à utiliser avec avantage ce procédé, et vous y aurez surtout recours, dans les cas où la mamelle saine affecte ces dimensions excessives que l'on voit souvent chez les femmes âgées et qui par l'étendue de sa surface cutanée vous fourniront précisément tout l'étoffe nécessaire.

C'est pour ces raisons que sur notre malade j'aurai recours à cette autoplastie si comme je le pense la réunion naturelle est impossible; et j'espère que j'en obtiendrai ici les bons résultats que j'en ai eus chez une autre malade.

Conformément à ces indications, l'opération a été pratiquée après la clinique.

La glande fut enlevée avec une grande étendue de peau, les ganglions axillaires furent enlevés en même temps que la tumeur; les muscles pectoraux furent supprimés également; et pour réunir, l'énorme plaie résultant de cette exérèse étendue, le sein du côté opposé fut mobilisé et adapté à la surface cruentée.

Le réunion se fit par première intention sauf au niveau de l'angle supérieur du lambeau où il y eut un petit point de sphacèle. La malade quittait l'hôpital six semaines après l'opération.